

Efecto moderador del sexo en la relación entre las actitudes hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía de las enfermeras

María del Carmen Giménez-Espert¹
Vicente-Javier Prado-Gascó²

Objetivos: analizar las diferencias en las variables objeto de estudio (actitud hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía) en función del sexo; calcular las correlaciones entre las variables para hombres y mujeres y por último analizar los modelos de regresión en función del sexo. **Método:** se utilizó el instrumento (ACO) para medir actitudes hacia la comunicación, la Jefferson Scale Empathy para medir empatía y el Trait Meta Mood Scale 24 para medir inteligencia emocional. La muestra de estudio fue de 450 enfermeras de 7 hospitales de Valencia, España. Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas se utilizó la prueba estadística t para muestras independientes con la aplicación previa de la prueba de Levene para comprobar la igualdad de varianzas. Las correlaciones se analizaron mediante el coeficiente de Pearson. Por último, se comprobaron los coeficientes Beta de las variables predictoras sobre las dimensiones de ACO en la regresión línea múltiple jerárquica en función del sexo. **Resultados:** Existen diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas en función del sexo, en sus correlaciones y en su poder de predicción. **Conclusiones:** En este estudio se muestran evidencias de cómo los niveles de las variables (actitud hacia la comunicación, IE y empatía) en las enfermeras, son diferentes en función del sexo, así como las relaciones que se establecen entre ellas.

Descriptores: Actitudes hacia la Comunicación; Correlaciones; Empatía; Enfermería; Inteligencia Emocional; Sexo.

¹ PhD, Professor, Facultad de Enfermería y Podología, Universidad de Valencia, Valencia, España.

² PhD, Professor, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España.

Cómo citar este artículo

Giménez-Espert MC, Prado-Gascó VJ. The moderator effect of sex on attitude toward communication, emotional intelligence, and empathy in the nursing field. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2969. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2018.2969>.

URL

mes día año

Introducción

La comunicación interpersonal enfermera-paciente se vincula directamente con el ejercicio de cuidar, es la piedra fundamental del cuidado enfermero⁽¹⁾ y el atributo central de los modelos de cuidados enfermeros. Desde esta perspectiva, la competencia comunicativa de las enfermeras se establece como eje central de la calidad del cuidado⁽²⁾ y por lo tanto, de la satisfacción del paciente⁽³⁾. En este sentido, la literatura sugiere la existencia de diversos factores que modulan la comunicación entre la enfermera y el paciente: los factores situacionales o variables extrínsecas y los factores disposicionales o variables intrínsecas. Los primeros, se relacionan con las condiciones organizativas del sistema de salud, que en muchas ocasiones escapan del control de las enfermeras; se encuentran relacionados tanto con el ambiente físico como con la ubicación de los distintos miembros del equipo multidisciplinar⁽⁴⁾. Los factores disposicionales o variables intrínsecas, dependen del profesional: la edad, el sexo, la formación, la antigüedad laboral, la actitud, la empatía y la inteligencia emocional (IE)⁽⁵⁾, por citar tan solo algunos ejemplos. La comunicación es un proceso dinámico, multidimensional y complejo⁽⁶⁾, por lo que su medición resulta difícil y puede realizarse desde diferentes perspectivas. Así, si la comunicación con el paciente es una conducta humana, para su medición deberemos considerar las actitudes. Las actitudes hacia la comunicación son probablemente uno de los principales determinantes de la propia comunicación de las enfermeras, ya que es posible demostrar una fuerte correlación entre actitud y comportamiento⁽⁷⁾. Además, la comunicación a su vez puede verse influida por la IE y la empatía de las enfermeras. La IE permite a las enfermeras gestionar sus emociones y las de los demás de manera adecuada, es un prerrequisito en habilidades clave como la comunicación y la empatía. La empatía se constituye como la capacidad de leer las emociones de los demás, ponerse en el lugar de la otra persona, entender sus pensamientos y sentimientos⁽⁸⁾. Por tanto, las enfermeras con habilidades empáticas pueden entender al paciente y establecer una relación de apoyo⁽⁹⁾. Consideradas las relaciones existentes entre las variables estudiadas, hay otras variables sociodemográficas, como el sexo, que pueden afectar las relaciones que se establecen con éstas. Por ello, se considera necesario describir el rol que desempeña el sexo de la persona en estas relaciones. Las mujeres suelen prestar mayor atención a sus emociones⁽¹⁰⁾ y, por tanto son más receptivas a medidas de apoyo emocional, por el contrario, el hombre suele prestarles menor atención⁽¹¹⁻¹²⁾. Esta capacidad de las mujeres de prestar mayor atención a las emociones, es un importante recurso para las enfermeras ya que permite una mayor conciencia de los sentimientos propios y de los demás, lo cual se relaciona con la IE y una mayor comprensión de la situación del paciente, lo

que a su vez se relaciona con la empatía, siendo más significativo el apoyo brindado por la mujer⁽¹³⁾. Estos aspectos, son de gran relevancia para las enfermeras, ya que aunque cada vez hay más hombres, es todavía una profesión altamente feminizada⁽¹⁴⁾. A pesar de ello y de su importancia, los estudios de evaluación del efecto moderador del sexo respecto a las relaciones entre estas variables son inexistentes. En general, los estudios sugieren que las enfermeras que carecen de IE y de empatía, no tienen la capacidad de comunicarse efectivamente tanto con el paciente como con el equipo. En estos casos, se genera un clima laboral desfavorable y un aumento de los errores en la atención⁽¹⁵⁾. Los pacientes son capaces de alcanzar el nivel máximo de bienestar sólo cuando el cuidado se desarrolla con las habilidades de comunicación efectivas⁽¹⁶⁾. En definitiva, la IE se relaciona con las habilidades de comunicación, y una alta IE es la prueba de que la empatía y las habilidades sociales están presentes⁽¹⁷⁾. Es por ello, que en el presente estudio nos centraremos en el rol del sexo en algunas de las variables intrínsecas o factores disposicionales que influyen sobre la comunicación; concretamente en la actitud hacia la comunicación, la empatía y la IE, así como en las relaciones entre dichas variables. Esta visión puede ayudar en el contexto de la salud a mejorar los ambientes de trabajo para generar y mantener enfermeras que proporcionen cuidados enfermeros de calidad.

Método

La población del estudio estuvo compuesta por 450 enfermeras de atención directa a pacientes, en 7 hospitales públicos de Valencia. Los criterios de inclusión fueron enfermeras en situación laboral activa, de los hospitales seleccionados, que previamente facilitaron su consentimiento informado para participar.

Procedimiento de recolección de datos

Después de obtener la autorización de los supervisores de enfermería, se obtuvo el consentimiento informado de las participantes. Las enfermeras respondieron los cuestionarios (35 minutos duración) y los depositaron en urnas localizadas en las diferentes unidades; después de dos semanas se enviaron mensajes recordatorios y después de 3 - 4 semanas se procedió a recogerlos. De los 1.124 cuestionarios repartidos se recogieron 460; diez fueron eliminados por responder a menos de 60% del instrumento. La fase de recogida fue de junio de 2015 a marzo de 2016.

Instrumentos de recolección de datos

Para la recogida de la información se recurrió a un instrumento autoadministrable. Los participantes debían responder a 3 instrumentos más un formulario de datos

sociodemográficos. El formato de tipo escala Likert, contenía un puntaje que variaba de 1 a 5 (1= totalmente en desacuerdo a 5= totalmente de acuerdo). Los instrumentos fueron los siguientes: ACO, JSPE, y TMMS-24.

- Formulario para Datos sociodemográficos. Los participantes tuvieron que suministrar datos como: centro de trabajo, servicio, años de experiencia asistencial, sexo, edad, nivel de formación y situación laboral. Por último, se les preguntó si habían recibido algún curso específico sobre: comunicación, empatía e IE.
- ACO: Cuestionario sobre actitudes de las enfermeras hacia la comunicación. Esta parte estuvo compuesta por 25 ítems englobados en tres dimensiones, para evaluar las actitudes hacia la comunicación: afectiva, cognitiva y conativa. En la presente investigación el instrumento presenta adecuadas propiedades psicométricas, Afectiva, alfa de Cronbach = 0,95; Conativa: alfa de Cronbach= 0,92 y Cognitiva: alfa de Cronbach = 0,85.
- JSPE: “*Jefferson Scale of Empathy for Nursing Student, adapted from Jefferson Scale of Physician Empathy*”⁽¹⁸⁾. La escala de empatía médica de Jefferson se adaptó para estudiantes de enfermería, de su versión original⁽¹⁸⁾, compuesta por 19 ítems (JSE) agrupados en tres factores, para evaluar la empatía. Presenta adecuadas propiedades psicométricas: Toma de Perspectiva: alfa de Cronbach = 0,87; Atención Compasiva: alfa de Cronbach = 0,78; y Pensar como el paciente: alfa de Cronbach = 0,76.
- TMMS24: *Trait Meta-Mood Scale*. Es una escala de 24 ítems agrupados en tres dimensiones; la versión española, adaptada por Fernández-Berrocal⁽¹⁹⁾, permite evaluar la IE; ella presenta adecuadas propiedades psicométricas: Atención emocional (alfa de Cronbach =0,80); Claridad emocional (alfa de Cronbach= 0,87) y Reparación emocional (alfa de Cronbach= 0,85).

Análisis de datos

En primer lugar se analizaron las diferencias en las variables objeto de este estudio en función del sexo; a continuación se calcularon las correlaciones entre las variables para hombres y mujeres y por último se analizaron los modelos de regresión en función del sexo. Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas se utilizó la prueba estadística *t* para muestras independientes con la aplicación previa de la prueba de Levene para comprobar la igualdad de varianzas. Las correlaciones se analizaron mediante el coeficiente de Pearson. Por último, se comprobaron los coeficientes Beta de las variables predictoras sobre las dimensiones de ACO en la regresión lineal múltiple jerárquica en función del sexo.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Valencia H1432032268924 y por los Comités de Ética de la Investigación Clínica (CEIC) de los hospitales seleccionados. Todos los participantes consintieron en participar; previamente recibieron información detallada sobre los objetivos y procedimientos del estudio, así como sobre la confidencialidad de la información facilitada.

Resultados

Características sociodemográficas de los participantes

La edad de los participantes varió entre 22 y 64 años, con una edad media de 44,13 años (Desviación Estándar=11,58). Atendiendo a la distribución en función del sexo, 75,6% eran mujeres (340) y 24,4% hombres (110). Considerando la formación de los participantes se observó 79,7% (321) de graduados o diplomados, mientras que 17,8% (72) poseían maestría y 2,4% (10) doctorado. Por otro lado, atendiendo a la situación laboral de los participantes, 53,8% (239) poseían trabajo estable, frente a 28,4% (126) que eran interinos y 17,8% (79) tenían contrato temporario. En cuanto a los años de experiencia asistencial de los participantes, este varió de 43 años a 5 meses. El promedio fue de 18 años y 3 meses (Media= 218,49 meses; Desviación Estándar = 148,89 (meses)), con una mediana de 5 años y 3 meses. Por último, en lo que se refiere a la formación recibida en habilidades de comunicación, empatía y/o gestión emocional, la mayoría de los participantes 50,1% (220 enfermeras) afirmaron no haber recibido ningún curso, 38% (166 enfermeras) recibieron algún curso (poca formación) y 11,9% (52enfermeras) recibieron bastante formación.

Comparación entre las variables ACO, JSE y TMMS24, según el sexo

Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el caso de las dimensiones de “toma de perspectiva” [$t(390)=2,27$; $p=0,01$; $\eta^2=0,20$] y “atención compasiva” [$t(147,82)=-2,10$; $p=0,04$; $\eta^2=0,10$] de la escala JSE. Las mujeres muestran una puntuación (Media=4,57; Desviación Estándar=0,50) ligeramente más alta que los hombres (Media=4,39; Desviación Estándar=0,72) en los aspectos relacionados con la toma de perspectiva. En el caso de la atención compasiva, las mujeres presentan puntuaciones más bajas (Media=1,82; Desviación Estándar=0,86) que los hombres (Media=2,03; Desviación Estándar=0,98), no así en el resto de dimensiones de lo constructos analizados (Tabla 1).

Tabla 1 - Dimensiones de las escalas de Actitudes hacia la Comunicación, Jefferson Scale of Empathy y Trait Meta-Mood Scale, según el sexo. Valencia, España, 2016

Dimensiones	Mujer		Hombre		Prueba t*	p valor†	Efecto‡	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar				
Actitudes hacia la Comunicación	Afectiva	1,55	0,87	1,65	0,91	0,92	0,36	§
	Conativa	4,23	0,82	4,21	0,76	0,21	0,83	§
	Cognitiva	4,54	0,80	4,40	0,88	1,48	0,14	§
Jefferson Scale of Empathy	Toma de Perspectiva	4,57	0,50	4,39	0,72	2,27	0,01	0,20
	Atención Compasiva	1,82	0,86	2,03	0,98	-2,10	0,04	0,10
	Pensar como el paciente	1,99	1,03	2,18	1,02	-1,62	0,11	§
Trait Meta-MoodScale	Atención Emocional	3,58	0,77	3,57	0,77	0,16	0,87	§
	Claridad emocional	3,83	0,69	3,83	0,69	-0,06	0,95	§
	Reparación emocional	3,81	0,77	3,84	0,76	-0,26	0,79	§

*Prueba estadística t; †p-valor resultante de la prueba de Levene; ‡Efecto; §No se calculó debido a que no existían diferencias estadísticamente significativas; || $p \leq 0,01$; $p \leq 0,05$.

Debido a que el cuestionario TMMS24 posee puntuaciones interpretativas o en escalas, fue calculada la distribución porcentual de la muestra en mujeres y hombres según su puntuación promedio, teniendo en cuenta la escala de cada una de las dimensiones del TMMS24. La mayor parte de las mujeres se encuentra en el rango intermedio de la escala para las tres dimensiones: 65,20% entre 25 y 35, para la atención emocional; 66,67% entre 24 y 34, para la claridad emocional; y 63,04% entre 24 y 34, para la reparación emocional. Esto indicaría una adecuada atención, claridad y reparación emocional. En el caso de los hombres, la mayoría se encuentra también en el rango intermedio de la escala establecida para este colectivo para cada una de las dimensiones del TMMS24: 70,21% entre 22 y 32, para la atención emocional; 64,52% entre 26 y 35, para la claridad emocional; y 64,21% entre 24 y 35, para la reparación emocional. Esto indicaría una adecuada atención, claridad y reparación emocional.

Correlaciones entre ACO, JSE y TMMS24 según el sexo

Tanto en hombres como en mujeres existe una correlación estadísticamente significativa entre la mayoría de las dimensiones de las tres escalas. Para los dos grupos, las correlaciones más altas se observaron entre las dimensiones de cada escala por separado. En este sentido, se destacan las correlaciones entre pares de factores de la escala ACO, tanto para hombres ($r = -0,70$ entre afectivo y conativo; $r = -0,79$ entre afectivo y cognitivo; y $r = 0,81$ entre cognitivo y conativo) como para las mujeres ($r = -0,63$ entre afectivo y conativo; $r = -0,73$ entre afectivo y cognitivo; y $r = 0,77$ entre cognitivo y conativo). En el caso de los hombres los coeficientes fueron más elevados que para las mujeres, en la mayoría de correlaciones. Por otro lado, en el grupo de las mujeres no se observaron correlaciones

estadísticamente significativas entre las dimensiones de la escala ACO y la de atención emocional de la escala TMMS24. Sin embargo, en los hombres no se detectaron correlaciones significativas entre las dimensiones de afectivo y cognitivo con reparación emocional; y tampoco entre la variable conativo y la de atención emocional (Tabla 2).

Una vez presentadas las correlaciones de las variables en función del sexo, a continuación procedimos a comprobar las relaciones entre las variables de las escalas mediante diversos análisis de regresión lineal múltiple, en las que las variables predictoras fueron las dimensiones de JSE y TMMS24 y las variables dependientes o resultados fueron las dimensiones de ACO.

Regresión lineal múltiple jerárquica

Por último se realizaron los análisis de regresión lineal múltiple jerárquica en función del sexo con las dimensiones de ACO como variables de criterio y las de JSE y TMMS24 como variables predictoras. En el primer paso, se incluyeron todas las dimensiones del cuestionario JSE, y en el segundo paso, las variables de TMMS24. En el primer paso, en la muestra de mujeres, los factores de JSE predijeron 10% de la varianza de afectivo), 16% de cognitivo ($F = 16,57$) y 22% de conativo ($F = 23,03$); mientras que en la muestra de hombres predijeron 36% de la varianza de afectivo ($F = 20,65$), 31% de cognitivo ($F = 17,23$) y 45% de conativo ($F = 30,58$). La inclusión en el segundo paso de las dimensiones de TMMS24 como predictoras no mejoró significativamente la explicación del modelo ya que el incremento en R^2 varió entre 0,01 y 0,09 en el caso de los hombres y entre 0,02 y 0,05 para las mujeres. En este paso se observó que la dimensión de claridad emocional mostró un coeficiente beta estadísticamente significativo positivo para la dimensión afectiva ($\beta = -0,26$; $p < 0,001$) y positiva para la conativa ($\beta = 0,14$;

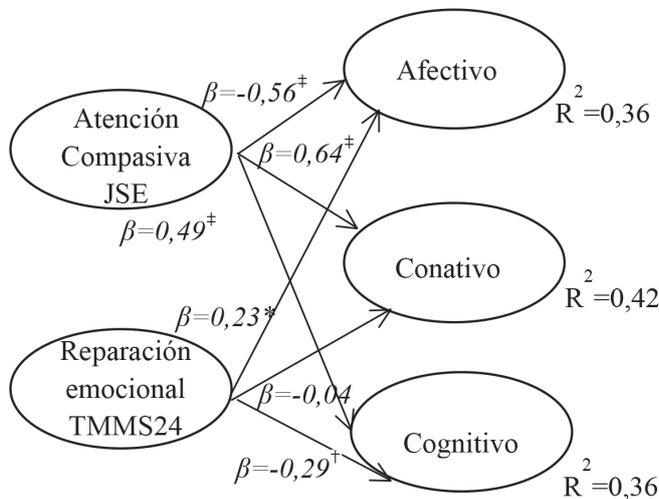
$p < 0,05$) en el caso de las mujeres. En el caso de la dimensión de toma de perspectiva los coeficientes en las mujeres fueron los siguientes: ($\beta = -0,16$; $p < 0,05$) para afectivo; ($\beta = 0,36$; $p < 0,001$) para cognitivo y ($\beta = 0,37$; $p < 0,001$) para conativo. También, mostró una relación significativa y negativa con la dimensión de conativo el factor de pensar como el paciente ($\beta = -0,12$; $p < 0,05$). En el caso de los hombres, la dimensión de reparación emocional mostró un coeficiente beta estadísticamente significativo y positivo sobre la dimensión afectiva ($\beta = 0,23$; $p < 0,05$) y negativo sobre cognitivo ($\beta = -0,29$; $p < 0,01$). Asimismo, los coeficientes en este segundo paso para la dimensión de atención compasiva fueron los siguientes: ($\beta = -0,59$; $p < 0,001$) para afectivo; ($\beta = 0,50$; $p < 0,001$) para cognitivo y ($\beta = 0,62$; $p < 0,001$) para conativo. En cuanto a la varianza total explicada, en el caso de las mujeres fue de 13% para afectivo, 16% para cognitivo y 23% para conativo, mientras que

para los hombres fue de 36%, 36% y 42%. Así, para las mujeres, las dimensiones de toma de perspectiva de la escala JSE y la de claridad emocional de TMMS24 realizaron contribuciones para la predicción de los factores de la escala ACO. Dichas contribuciones se observaron en sentido positivo sobre los factores de conativo y cognitivo y en sentido negativo sobre afectivo, para las variables de toma de perspectiva y de claridad emocional. También, contribuyó para la predicción la variable "pensar como el paciente" en sentido negativo sobre el factor de conativo. En el caso de los hombres, las variables que contribuyeron a la predicción de los factores de ACO fueron las referidas a la atención compasiva en sentido negativo sobre afectivo y en sentido positivo sobre conativo y cognitivo. También la variable de reparación emocional contribuyó para explicar el modelo en sentido negativo sobre cognitivo y en sentido positivo sobre afectivo.

Tabla 2 - Matriz de correlaciones mediante el coeficiente de Pearson según el sexo entre las dimensiones de las escalas de Actitudes hacia la Comunicación, *Jefferson Scale of Empathy* y *Trait Meta-Mood Scale*. Valencia, España, 2016

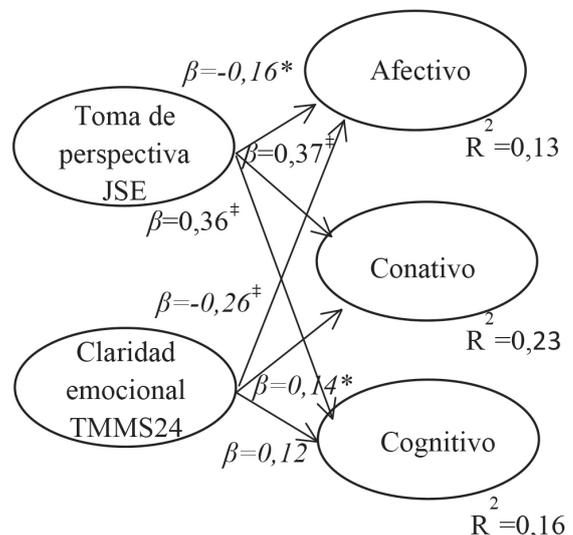
	Afectiva ACO*		Conativa ACO*		Cognitiva ACO*		Toma perspectiva JSE†		Atención compasiva JSE†		Pensar como el paciente JSE†		Atención emocional TMMS24‡		Claridad emocional TMMS24‡	
	H§	M	H§	M	H§	M	H§	M	H§	M	H§	M	H§	M	H§	M
Afectiva ACO*																
Conativa ACO*	-0,70¶	-0,63¶														
Cognitiva ACO*	-0,79¶	-0,73¶	0,81¶	0,77¶												
Toma perspectiva JSE†	-0,59¶	-0,27¶	0,63¶	0,43¶	0,52¶	0,37¶										
Atención compasiva JSE†	-0,59¶	0,28¶	0,63¶	-0,19¶	0,52¶	-0,19¶	1,00¶	-0,45¶								
Pensar como el paciente JSE†	0,32¶	0,17¶	-0,29¶	-0,22¶	-0,33¶	-0,14*	-0,36¶	-0,28¶	-0,36¶	0,41¶						
Atención emocional TMMS24‡	-0,22**	-0,02	0,21	0,11	0,21**	0,06	0,29¶	0,23¶	0,29¶	-0,14**	-0,14	-0,04				
Claridad emocional TMMS24‡	-0,25**	-0,25¶	0,32¶	0,35¶	0,31¶	0,26¶	0,30¶	0,37¶	0,30¶	-0,21¶	-0,14	-0,18¶	0,41¶	0,36¶		
Reparación emocional TMMS24‡	-0,05	-0,17¶	0,23**	0,37¶	0,00	0,26¶	0,30¶	0,41¶	0,30¶	-0,17¶	-0,22**	-0,14**	0,26**	0,21¶	0,36¶	0,57¶

*ACO - Escalas de Actitudes hacia la Comunicación; †JSE - *Jefferson Scale of Empathy*; ‡TMMS24 - *Trait Meta-Mood Scale*; §H=Hombre; ||M=Mujer; ¶las correlaciones son estadísticamente significativas ($p < 0,01$); **las correlaciones son estadísticamente significativas $p < 0,05$.



Nota: * $p < 0,05$; † $p < 0,01$; ‡ $p < 0,001$

Figura 1 - Modelo de relaciones Hombres



Nota: * $p < 0,05$; † $p < 0,01$; ‡ $p < 0,001$

Figura 2 - Modelo de relaciones Mujeres

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran que sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el caso de la variable empatía, en las dimensiones de toma de perspectiva y atención compasiva de la escala JSE. Las mujeres muestran una tendencia hacia al acuerdo ligeramente más destacada que los hombres en los aspectos relacionados con la toma de perspectiva. En el caso de la atención compasiva, las mujeres presentan una tendencia hacia al desacuerdo ligeramente más alta que los hombres. En la interpretación de estos resultados se debe considerar que los ítems relacionados con la atención compasiva, son ítems redactados negativamente y deben calificarse de forma invertida. El autor, en la escala original, pretendía evitar la tendencia a estar de acuerdo o no constantemente, es decir el estilo de respuesta de aquiescencia; concordando con otros estudios desarrollados donde los valores son ligeramente superiores en mujeres que en hombres^(13,20-21). En lo que se refiere a las tres dimensiones de la escala TMMS24, no se observan diferencias significativas en las respuestas de hombres y mujeres. Futuras investigaciones deberían profundizar sobre estos datos, debido a que en la literatura se encuentran estudios⁽¹⁹⁾ que comprueban que existen diferencias en la IE entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes mostraban una mayor atención y focalización hacia sus sentimientos. Uno de los motivos por los que podría explicarse esto se encuentra en la mayor proporción de mujeres que de hombres en la muestra, aspecto bastante habitual en el contexto de la enfermería^(14,22). En el grupo de las mujeres existe una correlación estadísticamente significativa entre la mayoría de las dimensiones de las escalas analizadas, excepto entre las de la escala ACO y la de atención emocional de la escala TMMS24. En la muestra de hombres, también se comprobó que todas las variables estaban correlacionadas significativamente, excepto entre las dimensiones afectivo y cognitivo con reparación emocional. Tampoco se detectaron entre la variable comportamental conativa y la de atención emocional. Estos resultados sugieren, en el caso de las mujeres, que no existe relación entre la atención emocional y las actividades en torno a la comunicación que desarrollan diariamente. Una posible explicación podría ser que las mujeres en general son más emocionales⁽²³⁾, y por lo tanto, esta diferencia se considera algo innato que no influye en las actividades sobre comunicación con el paciente. En el caso de los hombres, no se relaciona la importancia que le dan a la comunicación y los sentimientos que les genera con la reparación emocional (capacidad de regular las emociones). Estos resultados podrían indicar que los hombres, en general, son más sistemáticos prestando menor atención a sus emociones y gestionándolas de una manera más racional⁽²³⁾, así la actitud que tienen en torno a la comunicación con el paciente, en sus tres dimensiones, no se ve afectada. Por último, considerando los modelos

predictivos de ACO en base a JSE y TMMS24, en general, en el caso de los hombres la IE y empatía tienen mayor poder de predicción que en las mujeres, puesto que el porcentaje de varianza explicada varía de 36 a 42%, mientras que en el caso de las mujeres varía entre 13 y 23%. De igual manera, se comprobó que, en las mujeres las dimensiones de toma de perspectiva y pensar como el paciente (sólo sobre conativo) de la escala de JSE y la de claridad emocional de TMMS24, realizaron contribuciones para la predicción de los factores de la escala ACO, mientras que, en los hombres, fueron las referidas a la atención compasiva y reparación emocional. En este sentido, en el caso de las mujeres, podríamos afirmar que la toma de perspectiva se refiere a la dimensión cognitiva de la empatía y a la claridad emocional y a la habilidad de comprensión de los sentimientos, por lo que en la medida en la que la dimensión cognitiva de la empatía e IE aumenta, es más fácil tener una actitud más favorable hacia la comunicación con el paciente. En los hombres, la capacidad de regular las emociones adecuadamente y prestar menor atención a las emociones, puede indicar una actitud más favorable hacia la comunicación con el paciente. Una vez más las diferencias generales entre los hombres y las mujeres respecto a las emociones⁽²³⁾, podría explicar estos resultados. Además de las diferencias atribuidas a características extrínsecas de socialización y a características intrínsecas de papeles sexuales aprendidos⁽²⁴⁾.

Una de las principales limitaciones del presente estudio se refiere a la muestra. Los procedimientos de muestreo no fueron probabilísticos y generalmente no son representativos del conjunto de las enfermeras; así mismo, encontramos una mayor proporción de mujeres que de hombres, todo ello hace difícil poder generalizar los resultados encontrados. Otra limitación, hace referencia al uso de autoinformes para la recogida de datos, que es una herramienta habitualmente usada en investigaciones, pero esto puede introducir sesgos por el fenómeno de deseabilidad social⁽²⁵⁾, por lo que sería recomendable poder recurrir a otro tipo de instrumento para detectar las diferencias de género de las variables y/o de medidas objetivas externas. Todas estas limitaciones serán consideradas en futuras investigaciones.

Conclusión

En este estudio se muestran evidencias de cómo los niveles de las variables (actitud hacia la comunicación, IE y empatía) en las enfermeras, son diferentes en función del sexo, así como las relaciones que se establecen entre ellas. Estos resultados nos permiten plantear y evaluar programas de formación para mejorar los niveles de estas variables en las enfermeras. La evaluación de estas variables resulta fundamental por su repercusión sobre la calidad del cuidado enfermero y por tanto, sobre la satisfacción del paciente.

References

1. Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wüste K, Behrens J. Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *J Public Health*. 2009 Oct 2009; 17(5):339-53. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10389-008-0238-1
2. Cadman C, Brewer J. Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *J Nurs Manag*. 2001; 9(6):321-4. doi:http://dx.doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00261.x
3. Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *Am J Crit Care*. 2007 Nov;16(6):536-43. doi: 16/6/536 [pii]
4. O'Leary KJ, Wayne DB, Landler MP, Kulkarni N, Haviley C, Hahn KJ, et al. Impact of localizing physicians to hospital units on nurse-physician communication and agreement on the plan of care. *J Gen Internal Med*. 2009;24(11):1223-7. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11606-009-1113-7
5. Posma ER, van Weert JC, Jansen J, Bensing JM. Older cancer patients' information and support needs surrounding treatment: An evaluation through the eyes of patients, relatives and professionals. *BMC Nurs*. 2009; 8:1. doi:http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-8-1
6. Lisa Kennedy Sheldon, Barrett R, Ellington L. Difficult Communication in Nursing. *J Nurs Scholar*. 2006 Second Quarter 2006;38(2):141-7.
7. Ajzen I. Attitudes, personality, and behavior. UK: McGraw-Hill Education; 2005.
8. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*. 2005;293(9):1100-6.
9. Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. *Nurs Inq*. 2010;17(1):65-74.
10. Pacheco NE, Fernández-Berrocal P. El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Rev Electrón Invest Educ*. 2004;6(2).
11. Hojat M, Gonnella JS, Xu G. Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College graduates. *Acad Med*. 1995;70(4):305-12.
12. Ickes W, Gesn PR, Graham T. Gender differences in empathic accuracy: Differential ability or differential motivation? *Personal Relations*. 2000;7(1):95-109.
13. Christenfeld N, Gerin W. Social support and cardiovascular reactivity. *Biomedicine Pharmacother*. 2000;54(5):251-7.
14. Grover, Susan M, PhD, MS, RN. Shaping Effective Communication Skills and Therapeutic Relationships at Work: The Foundation of Collaboration. *AAOHN J*. 2005 Apr 2005;53(4):177-82.
15. Ritu Agarwal M, Sands DZ, Jorge Díaz Schneider BS, MBA. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in US hospitals. *J Healthcare Manage*. 2010;55(4):265.
16. Hurley J, Linsley P, MacLeod S, Ramsay M. The movement of knowledge and benefit: The product of applied ethics and emotional intelligence to mental health research. *J Res Nurs*. 2012;17(5):455-63. doi:http://dx.doi.org/10.1177/1744987111415154
17. McQueen ACH. Emotional intelligence in nursing work. *J Adv Nurs*. 2004 Jul 2004;47(1):101-8.
18. Ward, Julia, PhD, RN, Schaal, Mary, EdD, RN, Sullivan, Jacqueline, PhD, RN, Bowen, Mary E, DNS, JD, RN, Erdmann JB, PhD, Hojat M, PhD. Reliability and Validity of the Jefferson Scale of Empathy in Undergraduate Nursing Students. *J Nurs Measure*. 2009;17(1):73-88.
19. Fernandez-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale 1, 2. *Psychol Rep* 2004;94(3):751-5.
20. Fields SK, Mahan P, Tillman P, Harris J, Maxwell K, Hojat M. Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: Health provider - student version. *J Interprofessional Care* 2011;25(4):287-93. doi:http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2011.566648
21. Yanik A, Saygili S. Validity and Reliability of the Turkish Version of Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students. *Turkiye Klin J Med Sci.s* 2014;34(1):111-9.
22. Chan MF, Creedy DK, Chua TL, Lim CC. Exploring the psychological health related profile of nursing students in Singapore: A cluster analysis. *J Clin Nurs*. 2011;20(23-24):3553-60. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03807.x
23. Baron-Cohen S. La gran diferencia: Cómo son realmente los cerebros de hombres y mujeres. : Editorial AMAT; 2005.
24. Eagly AH. The science and politics of comparing women and men. *Am Psychol*. 1995;50(3):145.
25. Edwards AL. Social desirability and probability of endorsement of items in the interpersonal check list. *J Abnormal Soc Psychol*. 1957;55(3):394.

Recibido: 28.02.2017

Aceptado: 22.09.2017

Correspondencia:

María del Carmen Giménez-Espert

Universidad de Valencia. Facultad de Enfermería y Podología

Carrer de Jaume Roig, s/n

46001, València, España

E-mail: carmen.gimenez@universidadeuropea.es

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.